

اخلاق در پرستاری

چکیده:

اصول اخلاقی نوعی رسیدگی و تحقیق قاعده مند از ضوابط مربوط به درست و نادرست، فساد و پاک دامنی و خیر و شر می باشد که سبب هدایت رفتار می گردد و انواع بسیاری دارد که شامل؛ اخلاق زیستی، اخلاق بالینی و اخلاق پرستاری می باشد. اصول اخلاقی در پرستاری در واقع زیر مجموعه اصول اخلاق زیستی بوده و به بررسی آن دسته از مسایل اخلاقی می پردازد که در حین انجام فعالیتهای پرستاری به وجود آمده اند، همچنین شامل تجزیه و تحلیل های پرستاران در قضاوت و داوری اخلاقی نیز می شود. مبانی عمل اخلاقی شامل؛ حساسیت اخلاقی، واکنش اخلاقی، استدلال اخلاقی، مسئولیت اخلاقی، منش اخلاقی، ارزش گذاری اخلاقی و رهبری جریان های دگرگون کننده اصول اخلاقی می باشد. تئوری های اخلاقی بسیاری وجود دارد و یک تئوری منفرد در موقعیت های مراقبت های بهداشتی به کار نمی رود. برخی از تئوری های اخلاقی که بیشتر در پرستاری استفاده می شود، شامل؛ دئونتولوژی، اوتیلی تارانیسم و رویکرد فضیلت گرا می باشند. در بحث تصمیم گیری فرد در باره درستی یا نادرستی در تنگناهای اخلاقی، بایستی چگونگی تکامل شخص را بررسی نمود. تکامل اخلاقی توصیف می کند چگونه یک فرد یاد می گیرد که تنگناهای اخلاقی از کودکی تا بزرگسالی را اداره کند. در میان بررسی های متعدد به ویژه در پرستاری دو تئوری کولبرگ و گیلیگان بیشتر مطرح است. اصول اخلاق زیستی شامل؛ آزادی عمل، عدم آسیب رسانی، نیکوکاری، عدالت و وفاداری می باشد. کدهای اخلاقی، چارچوبی را برای تصمیم گیری های اخلاقی تعیین می کنند و پرستاران و جامعه را از اهداف اولیه و ارزش های این حرفه آگاه می کنند. کدها بایستی با نظام اخلاقی شخصی پرستار و اصول اخلاقی که به آنها متعهد است سازگار باشند. پرستاران روزانه با موقعیت هایی مواجه می شوند که نیاز به قضاوت حرفه ای و عمل بر اساس آن دارند. این قضاوتها و تصمیم ها سایر افراد درگیر شامل؛ بیماران، خانواده ها و دیگر متخصصین مراقبتهای بهداشتی را نیز در بر می گیرد. دو نوع مشکل اخلاقی که پرستاران عموماً با آنها مواجه هستند، تنگناهای اخلاقی و دیسترس اخلاقی می باشند. هر چند اصول چند گانه مطرح در غرب، از دیدگاه اسلام نیز در کل قابل پذیرش هستند، اما تفاوت های عمده ای در مبانی و مصادیق اصول ذکر شده در فلسفه اخلاق اسلامی وجود دارند که می تواند به اختلاف نظر زیادی در بینش و عملکرد منتهی شود.

واژه های کلیدی: اخلاق، پرستاری، تصمیم گیری اخلاقی

مقدمه

ارزش^۱ نوعی اعتقاد به ارزشمند بودن چیزها است یا اعتقاد به مسایلی می باشد که معیار و ملاک هدایت رفتار فرد به شمار می آیند. فرد با ارزش هایی که به آن معتقد است به دنیا نمی آید، بلکه ارزش ها در طول زندگی با اطلاعاتی که وی از خانواده، محیط و فرهنگ به دست می آید، شکل می گیرند. ارزش های شغلی، اساس و بنیان اقدام های پرستاری را تشکیل داده و پرستار را در تعامل با بیماران، همکاران و عموم مردم راهنمایی می کند. پنج ارزش ضروری برای حرفه پرستاری عبارت از؛ نوع دوستی، خود مختاری، شأن انسانی، صداقت و عدالت اجتماعی می باشند. اخلاقیات^۲ معمولاً به معیارهای درست و نادرست فردی یا همگانی گفته می شود. اصول اخلاقی^۳ نوعی رسیدگی و تحقیق قاعده مند از ضوابط مربوط به درست و نادرست، فساد و پاک دامنی و خیر و شر می باشد که سبب هدایت رفتار می گردد و انواع بسیاری دارد که شامل؛ اخلاق زیستی^۴، اخلاق بالینی^۵ و اخلاق پرستاری^۶ می باشد. اصول اخلاقی در پرستاری در واقع زیر مجموعه اصول اخلاق زیستی بوده و به بررسی آن دسته از مسایل اخلاقی می پردازد که در حین انجام فعالیتهای پرستاری به وجود آمده اند، همچنین شامل تجزیه و تحلیل های پرستاران در قضاوت و داوری اخلاقی نیز می شود (کوزیر و همکاران، ۲۰۰۴؛ تیلور و همکاران، ۲۰۰۸).

عمل اخلاقی^۷

پرستاران به همان طریقی که در واکنش نسبت به تغییرات فیزیولوژیکی، قابلیت های خود را جهت ارایه اقدام های صحیح علمی پرورش می دهند، باید این توانایی یعنی عمل اخلاقی را نیز در خود ایجاد نموده و به پرورش آن بپردازند. اصول و مبانی عمل اخلاقی به شرح زیر است:

۱- حساسیت اخلاقی^۸: توانایی تشخیص زمان مناسب برای ارایه واکنش های اخلاقی در هنگام چالش های اخلاقی.

۲- واکنش اخلاقی^۹: توانایی و تمایل برای نشان دادن واکنش نسبت به چالش های اخلاقی.

1-Values
2-Moral
3-Ethic
4-Bioethics
5-Clinical Ethics
6-Nursing Ethics
7-Ethical Agency
8-Ethical Sensibility

- ۳- استدلال اخلاقی^۹: آگاهی و توانایی استفاده از شیوه های صحیح و منطقی تئوری و علمی جهت تفکر در زمینه چالش های اخلاقی.
- ۴- مسئولیت اخلاقی^{۱۱}: توانایی و تمایل به پذیرش مسئولیت در قبال رفتارهای اخلاقی و یادگیری تجارب ناشی از به کارگیری اعمال اخلاقی.
- ۵- منش اخلاقی^{۱۲}: پرورش خلق و خویی که به فرد اجازه می دهد، عملی را به انجام برساند که معتقد است باید انجام گیرد.
- ۶- ارزش گذاری اخلاقی^{۱۳}: ارزش گذاری به شیوه ای هوشیارانه و دقیق که کاملاً منطبق با منش اخلاقی خوب و صداقت اخلاقی باشد.
- ۷- رهبری جریان های دگرگون کننده اصول اخلاقی^{۱۴}: داشتن تعهد و توانایی مسلم در خلق فرهنگی که به کارگیری اعمال اخلاقی را تسهیل می کند، فرهنگی که در آن افراد به این دلیل اعمال خوبی انجام می دهند که فقط اعمال خوب برای انجام دادن وجود دارند (تیلور و همکاران، ۲۰۰۸).

تئوری های اخلاقی:

تئوری های اخلاقی بسیاری وجود دارد و یک تئوری منفرد در موقعیت های مراقبت های بهداشتی به کار نمی رود. برخی از تئوری های اخلاقی که بیشتر در پرستاری استفاده می شود در زیر توضیح داده می شود؛

۱- دئونتولوژی^{۱۵}: ترم دئونتولوژی از لغت یونانی دئون^{۱۶} به معنای وظیفه منشاء می گیرد. کانت^{۱۷} (۱۸۰۴-۱۷۲۴) تأکید ویژه ای بر روابط، وظایف و اعمال انسانی دارد. قوانین اخلاقی مطلق هستند و برای همه افراد به کار گرفته می شوند. اعمال خوب بر حسب مشخصات به نفسه بدون توجه به نتایج آن خوب هستند. هسته مرکزی این نظریه انجام اعمال بر حسب قانون و قاعده است. اجبار اخلاقی است که هر عملی را صرف نظر از نتایج آن و تا حدودی مستقل از نتایج کار درست و طبق موازین اخلاقی انجام داد.

9-Ethical Responsiveness

10-Ethical Reasoning and Discernment

11-Ethical Accountability

12-Ethical Character

13-Ethical Valuing

14-Transformative Ethical Leadership

15-Deontology

16-Deon

17-Kant

وظیفه بر ارزش برتری دارد. در پرستاری قوانین و وظایف بسیاری وجود دارد که پرستاران آن را پیگیری می کنند مانند؛ اصل نیکوکاری و آزادی عمل. به طور کلی بر اساس رویکرد وظیفه گرا ملاک خوب یا بد بودن، ویژگی ذاتی امور و اعمال است نه پیامدهای مترتب با آنها. نتیجه عمل اهمیت ندارد، بلکه مهم این است که عمل مطابق با وظیفه صورت پذیرفته باشد.

۲- اوتیلی تاریانیسم^{۱۸} (منفعت گرایی): تلئولوژی^{۱۹} (غایت گرایی) بیان می کند زمانی کاری درست و اخلاقی است که پیامد مثبت داشته باشد. عمده ترین شکل غایت گرایی، اوتیلی تاریانیسم است. این تئوری اولین بار به وسیله هیوم^{۲۰} (۱۷۷۶-۱۷۱۱) توصیف شد و سپس به وسیله بنتال^{۲۱} (۱۷۴۸-۱۸۳۲) و میل^{۲۲} (۱۸۷۳-۱۸۰۶) توسعه یافت. بر اساس این رویکرد، درستی اخلاقی اعمال منحصرأ به وسیله پیامد آنها تعیین می شود. طرفداران آن معتقدند که باید راهی را برگزید که حداکثر شادی را برای اکثریت افراد فراهم آورد. بر طبق آن، عملی وقتی درست است که اثر آن بر فرد یا افرادی که عمل بر آنها اثر می گذارد، شادی افزا باشد و غیر اخلاقی است اگر نتیجه عکس داشته باشد. مفهوم اساسی این نظریه آن است که باید عمل، بهترین نتایج ممکن را بدهد. این نتیجه ممکن است از نظر اخلاقی غیر قابل پذیرش باشد، مانند افکار طرفداران هدونیسم^{۲۳} که معتقدند باید از زندگی حداکثر لذت را برد. مراقبین بهداشتی از این تئوری در بسیاری از موقعیت ها استفاده می کنند. مفهوم تریاژ در دسته بندی بیماران یا مصدومین بر اساس شدت شرایط برای تعیین اولویت درمان مثالی از اوتیلی تاریانیسم است.

۳- رویکرد فضیلت گرا^{۲۴}: در این رویکرد فضایل اخلاقی کاملاً مشخص و تعریف شده هستند، لذا بر ایجاد رفتار صحیح نهادینه تأکید دارد. فلاسفه بزرگی چون سقراط، ارسطو و افلاطون از قایلین به این رویکرد بوده اند. بر اساس این رویکرد، شناخت و جستجوی خوبی یا حسن عمل موضوعی نیست که صرفاً با فرضیه ها و اصول قراردادی شرح داده شوند، بلکه اساساً در این موضوع خصوصیات و شخصیت افراد تأثیر دارد. برای این که عملی فضیلت محسوب شود باید ناشی از تفکر فضیلت گرایانه فرد باشد، به عبارتی آنچه در این جا نقش مهمی دارد نیت فرد می باشد. مذاهب الهی را برخی جز این دسته طبقه

18-Utilitarianism

19-Teleology

20-Hume

21-Bentham

22-Mill

23-Hedonism

24-Virtue

بندی می کنند (هندریک، ۲۰۰۴؛ چیتی و بلاک، ۲۰۰۷؛ فری و جانستون، ۲۰۰۸؛ تیلور و همکاران، ۲۰۰۸؛ تیمبی، ۲۰۰۹).

تئوری های تکامل اخلاقی^{۲۵}

در بحث تصمیم گیری فرد در باره درستی یا نادرستی در تنگناهای اخلاقی، بایستی چگونگی تکامل شخص را بررسی نمود. تکامل اخلاقی توصیف می کند چگونه یک فرد یاد می گیرد که تنگناهای اخلاقی از کودکی تا بزرگسالی را اداره کند. در میان بررسی های متعدد به ویژه در پرستاری دو تئوری کولبرگ^{۲۶} و گیلیگان^{۲۷} بیشتر مطرح است که در ذیل بررسی می شود؛

کولبرگ (۱۹۸۶ و ۱۹۷۶) سه سطح تکامل اخلاقی؛ پیش قراردادی^{۲۸}، قراردادی^{۲۹} و فوق قراردادی^{۳۰} که به ۶ مرحله تقسیم بندی می شود، معرفی می کند؛

▪ در مرحله **پیش قراردادی** فرد به هنجارهای جامعه توجهی ندارد و خود محور است. در این مرحله آنچه فرد تمایل یا نیاز دارد، بر درستی و نادرستی مقدم است. فرد در مرحله اول پیش قراردادی به تنبیه و در مرحله دوم به تشویق پاسخ می دهد. کودکان زیر ۹ سال، برخی نوجوانان و متهمان جنایی بزرگسال در مرحله پیش قراردادی هستند.

▪ در مرحله **قراردادی** فرد همنا با انتظارات خانواده، گروه یا جامعه می شود. در مرحله سوم انتخاب های اخلاقی فرد بر اساس خوشایندی دیگران و در مرحله چهارم بر اساس مطلوب بودن به وسیله جامعه است. هنگامی که فرد با انتخاب اخلاقی مواجه می شود، پیرو هنجارهای خانواده یا گروه فرهنگی است. بیشتر نوجوانان و بزرگسالان در این سطح قرار دارند.

▪ مرحله **فوق قراردادی** شامل؛ مراحل پنجم و ششم است. تفکر به صورت مستقل است و فرد با توجه به ارزش های اخلاقی تکامل می یابد. در این مرحله فرد از هنجارهای شخصی و گروهی دوری می کند. استدلال اخلاقی و رفتاری بر اساس موافقت گروهی و حقوق انسان است. در بالاترین سطح تکامل

25-Theories of Moral Development
26-Kohlberg's Levels of Development
27-Gilligan's Levels of Development
28-Preconventional Level
29-Conventional Level
30-Postconventional Level

اخلاقی، اخلاقیات فرد با هنجارهای جامعه متفاوت است. کولبرگ معتقد است، تعداد افراد کمی به این سطح از تکامل اخلاقی می‌رسند.

گیلیگان (۱۹۸۲) معتقد بود که کولبرگ تصدیقات کافی در خصوص تجربه تکامل اخلاقی در زنان ندارد و تئوری‌های وی منتج از تحقیقات گسترده روی مردان و پسران است و تکامل اخلاقی در زنان متفاوت از مردان است. هنگامی که سطوح تکامل اخلاقی کولبرگ در زنان آزمون شد، آنها نمرات کمتری از مردان گرفتند. از نظر گیلیگان (۱۹۸۲) فرد اخلاقی، شخصی است که به نیاز پاسخ می‌دهد و به مراقبت و مسئولیت در ارتباطات توجه نشان می‌دهد. دیدگاه وی بر مراقبت (زنان) و کولبرگ بر عدالت (مردان) متمرکز است. نتایج تحقیق چالی^{۳۱} (۱۹۹۵) بر روی پرستاران نشان داد که آنها در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی خود ترکیبی از دو دیدگاه (مراقبت - عدالت) را دارند. نتایج تحقیق زیکموند^{۳۲} (۲۰۰۴) نشان داد که دیدگاه پرستاران از مراقبت به طرف عدالت می‌رود که یکی از دلایل این تغییر را کاهش ارزش مراقبت همگام با علمی‌تر شدن و استفاده از فن‌آوری در حرفه پرستاری می‌داند (چیتی و بلاک، ۲۰۰۷).

پرستاران اغلب از دو شیوه مبتنی بر اصول اخلاقی و مراقبت در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی خود استفاده می‌کنند. **شیوه مبتنی بر اصول اخلاقی** شامل راهنمایی‌های اختصاصی عملی است. شیوه مبتنی بر اصول اخلاقی بیوچمپ و چایلدرس^{۳۳} (۲۰۰۱)، چهار اصل کلیدی را مشخص می‌کند؛ آزادی عمل، عدم آسیب‌رسانی، نیکوکاری و عدالت. بسیاری از پرستاران وفاداری و راستگویی را نیز به این فهرست می‌افزایند. همه موارد با هم یکسان هستند و زمانی که پایبندی به این اصول اخلاقی منجر به ایجاد دو نوع شیوه عمل متضاد می‌گردد، آن‌گاه فرد از نظر اخلاقی در تنگنا^{۳۴} قرار می‌گیرد. در این مواقع هیچ شیوه مطمئن و قابل اعتمادی برای تشخیص این مطلب که کدام اصل از اهمیت بیشتری برخوردار است، وجود ندارد. عدم رضایت از این شیوه سبب توجه به شیوه مبتنی بر مراقبت گردید. از جمله ویژگی‌های این شیوه به موارد زیر می‌توان اشاره کرد؛

- محور قرار دادن روابط ایجاد شده بر مبنای مراقبت.
- حفظ شأن بیماران و احترام به آنها همانند افراد عادی.

31-Chally

32-Zickumund

33-Beauchamp-childress

34-Dilemma

- توجه به ویژگی های استثنایی فردی بیماران.
- پرورش احساس مسئولیت نسبت به دیگران و احساس مسئولیت شغلی.
- تعریف دوباره قابلیت های بنیادین از جمله فضایی چون مهربانی، مراقبت، همدلی، دلسوزی و قابل اعتماد بودن.

در این شیوه محور اصلی ارتباط بین پرستار- بیمار است که در آن با بررسی فحوای کلام بیمار حین ارایه شرحی از زندگی او می توان توجه خود را به موقعیت های خاص فردی او معطوف کرد (تیلور و همکاران، ۲۰۰۸).

اصول اخلاق زیستی شامل موارد زیر است؛

۱- **آزادی عمل** (خود مختاری)^{۳۵} : احترام گذاردن به حقوق بیماران و جانشین های آنها هنگام تصمیم گیری در مراقبت های بهداشتی برای تصمیم گیری که حق مسلم بیماران و خانواده های آنها می باشد، ارایه اطلاعات و حمایت از آنها ضروری است و گاهی اوقات این مورد مستلزم همکاری سایر اعضای تیم مراقبت بهداشتی است.

۲- **عدم آسیب رسانی**^{۳۶} : اجتناب از صدمه رساندن به دیگران. سعی کرد که آسیبی به کسی نرسد و در حد امکان از بروز صدمه به دیگران یا احتمال خطر پیدایش آن جلوگیری شود.

۳- **نیکوکاری**^{۳۷} : نیکوکاری در حق بیماران، ایجاد توازن میان احسان و نیکی و خطرات و صدمات. خود را متعهد کرد تا به نحوی فعالانه در جهت ارتقاء منافع بیمار گام برداشت. در برابر این حقیقت حساس بود که افراد ممکن است تعبیر مختلفی از زیان و منفعت داشته باشند، آنچه که برای یک فرد مزیت و امتیاز محسوب می شود ممکن است برای فردی دیگر، ناگوار و سنگین قلمداد گردد.

۴- **عدالت**^{۳۸} : به هر کس همان قدر کمک کرد که برای او لازم است و منصفانه عمل کرد. همواره سعی کرد تا همه به نحوی عادلانه از فواید، خطرات و هزینه های مراقبت های بهداشتی برخوردار شوند. این امر مستلزم شناسایی هوشمندانه پیش داوری ها و تبعیض ها است.

۵- **وفاداری**^{۳۹} : پایبندی به قول. پرستار به عموم مردم قول داده که فردی قابل و شایسته باشد و تعهد کرده است که از مهارت و شایستگی خود به نفع بیماران استفاده کند، پس باید به این قول پایبند بود.

35-Autonomy (Self-determination)

36-Nonmaleficence

37-Beneficence

38-Justic

هرگز قبل از این که نیازهای بیمار را بر آورده کند، وی را ترک نکند(چیتی و بلاک ۲۰۰۷؛ کوزیر و همکاران ۲۰۰۴؛ فری و جانستون، ۲۰۰۸).

کدهای اخلاقی در پرستاری

کدهای اخلاقی، چارچوبی را برای تصمیم گیری های اخلاقی تعیین می کنند و پرستاران و جامعه را از اهداف اولیه و ارزش های این حرفه آگاه می کنند. کدها بایستی با نظام اخلاقی شخصی پرستار و اصول اخلاقی که به آنها متعهد است سازگار باشند. عملکرد کدها به شرح زیر می باشند؛

- کدها نشان می دهند که پرستار مسئولیتی را که بر عهده او گذاشته اند و آن چیزی را که جامعه تعیین کرده است، می پذیرد.

- کدها راهنمایی جهت هدایت عمل و نحوه برقراری ارتباط حین انجام مسئولیتهای پرستاری است که مطابق با قوانین اخلاقی و ارایه مراقبت با کیفیت بالا صورت می پذیرد.

- کدها روش هایی را ارایه می دهند که از طریق آن پرستاران خود می توانند مسایل حرفه ای را کنترل و اداره کنند.

کدها باید از طرف افراد آن حرفه، مورد تأیید و تقویت قرار گیرند و تخطی از آنها موجب توبیخ، انتقاد، انفصال از خدمت و اخراج می شوند(کوزیر و همکاران، ۲۰۰۴؛ تیمبی، ۲۰۰۹؛ تیلور و همکاران ، ۲۰۰۸).

کدهای پرستاری شورای بین المللی پرستاران^{۴۰} (۲۰۰۶):

پرستاران و مردم

- اولین مسئولیت پرستار، در رابطه با افرادی است که نیازمند مراقبت های پرستاری هستند. پرستار حین ارایه مراقبت ها، محیطی را فراهم می کند که در آن به حقوق انسان، ارزش ها، آداب و رسوم و اعتقادات معنوی افراد احترام گذاشته می شود.

- پرستار اطمینان دارد که افراد اطلاعات کافی را بر اساس رضایت از مراقبت و درمان مربوط دریافت می کنند.
- پرستار اطلاعات کسب شده از بیمار را به طور محرمانه حفظ کرده و بنا به قضاوت و تشخیص خود اقدام به در میان گذاشتن این اطلاعات می نماید.
- پرستار با جامعه، در مسئولیت برای اعمال حمایت کننده و آغازگر به منظور تأمین نیازهای بهداشتی و اجتماعی عموم به ویژه جمعیت آسیب پذیر مشارکت می کند.
- پرستار در مسئولیت برای حفظ و حفاظت محیط طبیعی از فرسایش، آلودگی، فساد و تخریب مشارکت می کند.

پرستاران و حرفه پرستاری

- پرستار مسئولیت های فردی را حین انجام اقدامات پرستاری در نظر می گیرد و با تداوم یادگیری و کسب آموخته های بیشتر در حفظ شایستگی و توانایی خود می کوشد.
- پرستار از بالاترین حد استاندارد برای انجام مراقبت های پرستاری استفاده می کند. با پذیرش مسئولیت یا تفویض آن به پرستار، وی باید در رابطه با شایستگی و لیاقت افراد قضاوت کند.
- پرستار باید تمام مدت معیارهای اخلاق و رفتار فردی را که منعکس کننده حیثیت حرفه پرستاری و افزایش دهنده اعتماد مردم است، حفظ نماید.
- پرستار در انجام مراقبت های پرستاری، اطمینان دارد که استفاده از پیشرفت های فن آوری و علمی با ایمنی، شأن انسانی و حقوق افراد سازگاری دارد.

پرستاران و حرفه پرستاری

- پرستار نقش مهمی را در تعیین و به کارگیری معیارهای مطلوب در فعالیت بالینی، مدیریت، تحقیق و آموزش ایفاء می کند.
- پرستار در رشد هسته مرکزی دانش و اطلاعات حرفه ای خود مبتنی بر تحقیق فعال است.

- پرستار عضو فعال در سازمان های حرفه ای به شمار آمده و در فعالیت های مربوط به ایجاد و حفظ شرایط کاری مناسب از نظر اجتماعی و اقتصادی شرکت می کند.

پرستار و همکاران

- پرستار روابط همکاری خود را با همکاران پرستار و سایر رشته ها حفظ می کند. پرستار باید اقدامات مناسب جهت حفاظت از افراد، خانواده و جوامع را، زمانی که مراقبت های ارایه شده به وسیله یکی از همکاران یا هر شخص دیگری منجر به ایجاد خطر گردد، به عمل آورد (فری و جانستون، ۲۰۰۸).

کدهای پرستاری انجمن پرستاران آمریکا^{۴۱} (۲۰۰۱):

۱- پرستار خدماتی را ارایه می دهد که در آن به شأن انسانی و منحصر به فرد بودن بیماران، بدون در نظر گرفتن وضعیت اجتماعی یا اقتصادی، ویژگی های فردی یا ماهیت مشکلات بهداشتی، احترام گذارده می شود.

۲- تعهد اولیه پرستار بیمار شامل؛ فرد، خانواده، گروه یا جامعه است.

۳- پرستار سلامتی، ایمنی و حقوق انسانها را ارتقاء می دهد، حمایت می کند و تلاش می کند.

۴- پرستار مسئول انجام فعالیت های پرستاری برای افراد است و تفویض کننده وظایف برای حداکثر مراقبت از بیمار می باشد.

۵- پرستار مسئول حفظ شأن و ایمنی، شایستگی و رشد مداوم فرد و رشد حرفه ای خود و دیگران است.

۶- پرستار در کلیه تلاش های به عمل آمده جهت ایجاد و حفظ شرایطی که در آن شیوه استخدام با هدف انجام مراقبت های پرستاری با کیفیت بالا هدایت می شود، شرکت می نماید.

۷- پرستار در ارتقاء حرفه پرستاری از طریق انجام فعالیت ها، آموزش، مدیریت و توسعه دانش مشارکت می کند.

۸- پرستار با اعضای تیم بهداشتی و سایر شهروندان، در جهت توسعه تلاش های اجتماعی و ملی به منظور تأمین نیازهای بهداشتی عموم، همکاری می کند.

۹- حرفه پرستاری از سوی همکاران و اعضای دیگر، معرف و مسئول بیان ارزشهای پرستاری، حفظ انسجام حرفه ای و فعالیتهایش و شکل دادن به سیاستهای اجتماعی است (الیس و هارتلی، ۲۰۰۸).

کدهای اخلاقی پرستاری انجمن پرستاران کانادا^{۴۲} (۲۰۰۲):

۱- ایمنی، شایستگی و ارایه مراقبت های پرستاران اخلاقی: پرستاران برای فراهم کردن ایمنی، شایستگی و ارایه مراقبت های پرستاری اخلاقی که به آنها اجازه می دهد تعهدات اخلاقی و حرفه ای خود را برای همه مردم انجام دهند، ارزش قایل هستند.

۲- بهداشت و تندرستی: پرستاران برای بهداشت و تندرستی ارزش قایل شده و به بیماران کمک می کنند تا در شرایط طبیعی از نظر سلامت، همچنین در شرایط بیماری، آسیب دیدگی و یا طی فرایند اختصار، به حد مطلوبی از سلامت دست یابند.

۳- انتخاب: پرستاران به آزادی عمل بیماران احترام گذاشته و آن را تقویت می نمایند، همچنین به بیماران کمک می کند تا نیازها و ارزش هایی را که در رابطه با سلامت به آنها معتقدند بیان داشته و از اطلاعات و خدمات مناسب برخوردار شوند، بنابراین آنها می توانند تصمیم های آگاهانه بگیرند.

۴- شأن انسانی: پرستاران از حرمت نفس و شأن هر انسان دفاع کرده و ارزش قایل است و حامی درمان توأم با احترام همه افراد است.

۵- حفظ اسرار: پرستاران اطلاعات مربوط به بیمار را در بستر ارتباط حرفه ای حفظ می کند و تنها با رضایت آگاهانه بیمار و در صورت نیاز و به شکل قانونی، اطلاعات به دست آمده از بیمار را (خارج از تیم مراقبت بهداشتی) مطرح می نماید.

۶- عدالت: پرستار باید از اصل برابری و انصاف برای کمک به بیماران استفاده نموده و در جهت پیشبرد این اصول گام بر دارد تا بتواند به آنها جهت درمانی خارج از تعصبات و پیش داوری های شخصی کمک کند و متناسب با نیازهایشان به ارایه منابع و سرویس های خدماتی بهداشتی بپردازد.

۷- مسئولیت پذیری: پرستاران پاسخ گوی فعالیت شان هستند و آنها به گونه ای مداوم با مسئولیت حرفه ای و معیارهای عملی فعالیت می کنند.

۸- محیط‌هایی جهت فعالیتهای با کیفیت: پرستاران از محیط‌هایی جهت فعالیت حمایت می‌کنند که سازمان بندی شده باشند و در آنها امکاناتی نیز به ایجاد ایمنی، حمایت و احترام برای همه افراد اختصاص یافته باشند (تیلور و همکاران، ۲۰۰۸).

استانداردهای عملی پرستاری

پنجمین استاندارد عملی در حرفه پرستاری، تدوین شده (۱۹۹۱) و بازبینی شده (۲۰۰۴ و ۱۹۹۸) به وسیله انجمن پرستاران آمریکا به شرح قوانین اخلاقی می‌پردازد و بیان می‌کند تصمیم‌گیری و اقدامات پرستار در رابطه با بیمار به شیوه اخلاقی انجام شود. معیارهای سنجش عبارتند از:

- ۱- فعالیت‌های پرستار باید از طریق کد برای پرستار هدایت شوند.
- ۲- پرستار باید اسرار بیمار را حفظ نماید.
- ۳- پرستار به عنوان حامی و مدافع بیمار عمل کند.
- ۴- ارایه مراقبت‌ها از سوی پرستار برای بیماران مختلف باید غیر مغرضانه بوده و فاقد هر گونه تبعیض باشد.
- ۵- ارایه مراقبت‌ها از سوی پرستار باید به گونه‌ای باشد که در آن آزادی عمل، ارزش و حقوق بیمار حفظ شده و یا مورد حمایت قرار گیرد.
- ۶- پرستار باید درصدد یافتن منابع قابل دسترسی باشد که از طریق آنها بتواند تصمیم‌های اخلاقی را تحت قاعده در آورد (کوزیر و همکاران، ۲۰۰۴؛ تیلور و همکاران، ۲۰۰۹).

قانون مربوط به حقوق بیماران:

جامعه بیمارستانهای آمریکا قانونی با عنوان حقوق بیماران در سال ۱۹۷۲ (اصلاح در سال ۲۰۰۳) تدوین نموده است. این قانون شامل حقوق و مسئولیت‌های بیمار حین دریافت مراقبت‌ها در بیمارستان است و دامنه آن از حق برخورداری از مراقبتی توأم با احترام و توجه تا حق داشتن آگاهی نسبت به خط‌مشی‌ها و عملکردهای بیمارستانی در رابطه با مراقبت درمان و مسئولیت‌های مربوط به بیمار ادامه دارد و با انتقال روز افزون

مراقبت‌ها از بیمارستان به جامعه پرستاران باید بدانند که حقوق و مسئولیتهای مربوط به بیمار چگونه به وسیله مؤسسات و گروههای تخصصی تعریف می شوند (تیلور و همکاران، ۲۰۰۸).

حقوق بیمار

- ۱- بیمار حق برخورداری از مراقبت های توأم با احترام را دارد.
- ۲- بیمار این حق را دارد و حتی به آن تشویق می شود که از پزشکان و سایر ارایه دهندگان مستقیم خدمات مراقبتی اطلاعاتی جدید، قابل فهم و مناسب را در رابطه با پیش آگهی درمان و تشخیص بیماری خود کسب نماید. به جزء در موارد اورژانس که بیمار فاقد توانایی تصمیم گیری است و نیاز به درمان فوری دارد، در بقیه موارد این حق بیمار است که از فرصتهای موجود جهت بحث و گفتگو و جمع آوری اطلاعات در زمینه درمان ها با شیوه های خاص به کار رفته، خطرات احتمالی، زمان احتمالی بهبودی و روش های قابل قبول و منطقی موجود از نظر طبی و خطرات و فواید آنها استفاده کند.
- ۳- بیمار حق دارد قبل از شروع درمان و در خلال آن پیرامون برنامه مراقبتی تصمیم بگیرد و حتی برنامه مراقبتی یا درمانهای توصیه شده را تا آن جایی که قانون و خط مشی های بیمارستان به وی اجازه می دهد رد نماید و بداند که این تصمیم چه عواقبی از نظر پزشکی به دنبال خواهد داشت.
- ۴- بیمار حق دارد تقاضاهای از پیش تعیین شده ای (به صورت وصیت نامه، وکالت نامه یا داشتن وکیل دائمی در زمینه مراقبت های بهداشتی) را در رابطه با درمان به کار گیرد یا جانشینی را برای خود جهت امر تصمیم گیری تعیین نماید و انتظاراتش به گونه ای باشد که بیمارستان بتواند مطابق با قانون و خط مشی هایی که دنبال می کند، نیات و اهداف وی را محترم شمارد.
- ۵- این حق بیمار است که در همه حال خلوتش حفظ شود و هر گونه بحث درباره وضعیت بیماری، مشاوره، معاینه و درمان باید به گونه ای هدایت شود که از خلوت و محیط خصوصی استقرار بیمار محافظت به عمل آید.
- ۶- بیمار این حق را دارد که انتظار داشته باشد کلیه اطلاعات و گزارش های مربوط به مراقبت از او، به طور محرمانه در بیمارستان حفظ شود، به استثنای موارد مشکوک به سوء استفاده و بد رفتاری و خطرات تهدید کننده سلامت عمومی که طبق قانون می توان آنها را گزارش کرد.

۷- بیمار حق دارد گزارش های مربوط به مراقبت های پزشکی از خود را بررسی نموده و در مورد ضروری، به جزء مواردی که منع قانونی دارد، به تشریح و تفسیر این اطلاعات بپردازد.

۸- بیمار حق دارد که انتظار داشته باشد، بیمارستان بر حسب ظرفیت و تواناییش به تقاضای وی مبنی بر ارایه خدمات و مراقبت های پزشکی ضروری و مناسب، پاسخی مستدل بدهد.

۹- بیمار حق دارد نسبت به وجود روابط کاری میان بیمارستان، مؤسسات آموزشی، سایر ارایه دهندگان مراقبتهای بهداشتی یا بیمه های پرداخت کننده هزینه ها که می توانند بر نحوه درمان و مراقبت از بیمار تأثیر گذارند سؤال کرده و اطلاع حاصل نماید.

۱۰- بیمار این حق را دارد تا با مطالعات تحقیقی یا آزمایش های انسانی که بر نحوه درمان و مراقبت از وی تأثیر می گذارد یا نیازمند درگیری مستقیم می باشند موافقت یا مخالفت کند و همچنین از آن دسته مطالعاتی که قبل از موافقت به طور کامل برایش شرح داده شده برخوردار گردد.

۱۱- وقتی دیگر نیازی به ادامه خدمات بیمارستانی وجود نداشته باشد بیمار این حق را دارد که انتظار داشته باشد در صورت لزوم تداوم مراقبت ها به گونه ای مناسب صورت پذیرد و از وجود پزشکان و سایر ارایه دهندگان خدمات مراقبتی قابل دسترس همچنین امکانات واقعی مراقبتی آگاه باشد.

۱۲- بیمار حق دارد نسبت به خط مشی ها و فعالیت هایی که مربوط به مراقبت، درمان و مسئولیت های بیمارار می شود مطلع باشد. همچنین باید به بیمار نسبت به منابع موجود جهت حل اختلاف نظرها، شکایت ها و درگیری ها آگاهی داد. بیمار این حق را دارد که نسبت به هزینه های بیمارستان برای خدماتی که ارایه می دهد، همچنین روش های پرداخت هزینه ها مطلع گردد (کوزیبر و همکاران، ۲۰۰۴).

تصمیم گیری اخلاقی^{۴۳}:

پرستاران روزانه با موقعیت هایی مواجه می شوند که نیاز به قضاوت حرفه ای و عمل بر اساس آن دارند. این قضاوتها و تصمیم ها سایر افراد درگیر شامل؛ بیمارارن، خانواده ها و دیگر متخصصین مراقبتهای بهداشتی را نیز در بر می گیرد (چیتی و بلاک، ۲۰۰۷). پرستاران باید در تجزیه و تحلیل از مهارتهای کافی برخوردار بوده و برای حل مشکلات ایجاد شده در تنگناهای اخلاقی و دیسترس اخلاقی^{۴۴}، توانایی استدلال داشته باشند. هر

43- Ethical Decision making

44-Ethical Distress

پرستاری باید جهت به کارگیری فرایندهای اخلاقی هنگام تصمیم‌گیری از اطمینان کافی بهره‌مند باشد (تیلور و همکاران، ۲۰۰۸).

دو نوع مشکل اخلاقی که پرستاران عموماً با آنها مواجه هستند، تنگنایهای اخلاقی و دیسترس اخلاقی می‌باشند؛ تنگنایهای اخلاقی: دو اصل اخلاقی کاملاً مشخص یا بیشتر قابل اجرا هستند، حمایت از هر دو آنها سبب بروز تناقض در عملکردها می‌گردد.

دیسترس اخلاقی: زمانی به وقوع می‌پیوندد که پرستار می‌داند عملکرد صحیح کدام است، اما قید و بندها و محدودیتهای تعیین شده از سوی مؤسسات، اجرای آن را تقریباً غیر ممکن می‌سازد (تیلور و همکاران، ۲۰۰۸؛ کوزیبر و همکاران، ۲۰۰۴).

تنگنایهای اخلاقی در پرستاری:

مباحث اصلی در خصوص تنگنایهای اخلاقی در پرستاری عبارتند از:

- ۱- تنگنایهای ناشی از سیستم‌های ارزشی فرد
- ۲- تنگنایهای در برگیرنده رفتار همکاران و افراد حرفه‌ای دیگر
- ۳- تنگنایهای مربوط به حقوق بیمار
- ۴- تنگنایهای ایجاد شده به وسیله مؤسسات و جامعه
- ۵- تنگنایهای ناشی از دسترسی به اطلاعات بیماران
- ۶- تنگنایهای ناشی از مباحث جهانی (چیتی و بلاک، ۲۰۰۷).

نتایج مطالعه فری و همکاران^{۴۵} (۲۰۰۲) بر روی پرستاران نظامی ارتش آمریکا نشان داد که در شرایط بحرانی پرستاران نظامی در معرض خطر پریشانی اخلاقی ویژه‌ای قرار دارند، زیرا از خانواده‌ها و اشخاصی که دوست دارند، جدا می‌شوند و از آنها انتظار می‌رود تا مراقبتهای پرستاری ماهرانه را در شرایط بحرانی انجام دهند که در وضعیت معمولی آن را تجربه نکرده‌اند. آنها شرایط غیر معمولی را تجربه می‌کنند. این گونه مسایل غیر معمول می‌توانند پریشانی اخلاقی شدیدتری را در پرستاران نظامی ایجاد کنند. کورلی و همکاران^{۴۶} (۲۰۰۵) ارتباط بین شدت پریشانی اخلاقی و خصوصیات دموگرافیک پرستاران را بررسی کردند.

45-Fry et al
46-Corley et al

نتایج مطالعه آنها نشان داد پرستارانی که در محیط کار با رعایت اصول اخلاقی کار می کردند، میزان کمتری پریشانی اخلاقی را نشان دادند و شدت پریشانی اخلاقی در سنین بالا بیشتر بود. همچنین نتایج پژوهش موبلی و همکاران^{۴۷} (۲۰۰۷) در خصوص ارتباط بین دیسترس اخلاقی و مراقبتهای غیر ضروری در بخش مراقبتهای بحرانی نشان داد که سن بالای ۳۳ سال، سابقه کار بیش از ۴ سال در این بخش و سابقه کار بیشتر از ۷ سال به صورت معکوس در افزایش پریشانی اخلاقی مؤثر است.

استفاده از فرایند پرستاری برای تصمیم گیری های اخلاقی:

۱- بررسی موقعیت (جمع آوری داده ها) : موقعیتی که موجب بروز مشکل اخلاقی شده شناسایی و تشریح

کرده و به مسایل زیر توجه کرد:

- افراد اصلی که در این مشکل درگیر هستند (دیدگاهها و تمایلات آنها).

- موقعیت کلی بیمار از نظر پرستاری، پزشکی و اجتماعی

- ملاحظات مربوط به کارکنان و مسایل قانونی و اداری

۲- تشخیص (شناسایی) مشکل اخلاقی: موقعیت را به نحوی کاملاً واضح و روشن توضیح داد. ارتباط خود را

با امر تصمیم گیری تعیین کرد و پارامترهای زمانی را شناسایی نمود.

۳- برنامه ریزی:

- انتخاب های موجود را شناسایی کرده و عواقب بلند مدت و کوتاه مدت هر یک را بررسی کرد.

- برای تصمیم گیری در رابطه با عملکردی که بتوان آن را از نظر اخلاقی توجیه نمود، از استدلال های اخلاقی استفاده کرد.

- در رابطه با عملکردی تصمیم گیری کرد که بتوان به بهترین نحو از آن حمایت کرد.

- در این مرحله مشاوره با یکی از همکاران با تدبیر و قابل احترام یا با کمیته مسئول رفع معضلات اخلاقی در مؤسسه سودمند است.

۴- اجرای تصمیم گرفته شده: تصمیم را به مرحله اجرا گذاشته، نتایج عمل را با آنچه از قبل در نظر داشته و به آن امیدوار بوده مقایسه کرد.

۵- ارزیابی تصمیم گرفته شده: این جریان منجر به فراگیری چه مسایلی شده که در آینده بتواند به پرستار کمک کند؟ چطور در آینده پرستار خواهد توانست قدرت استدلال و تصمیم گیری خود را تقویت و بهبود بخشد (تیلور و همکاران، ۲۰۰۸).

مراحل یک مدل تصمیم گیری عبارتند از :

۱- روشن کردن تنگنا اخلاقی و جمع آوری اطلاعات اضافی

۲- تعیین موارد (راه حل ها)

۳- تصمیم گیری

۴- عمل کردن

۵- ارزیابی (چیتی و بلاک، ۲۰۰۷) (جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه فرایند پرستاری با مدل تصمیم گیری اخلاقی

فرایند پرستاری	مدل تصمیم گیری اخلاقی
بررسی	روشن کردن تنگنا اخلاقی
	جمع آوری اطلاعات اضافی
تحلیل	تعیین موارد (راه حلها)
برنامه ریزی	تصمیم گیری
اجرا	عمل
ارزیابی	ارزیابی

ملاحظات اخلاقی^{۴۸} :

فلتچر، میلر و اسپانسر^{۴۹} (۱۹۹۷) توجه پرستاران را به ۸ مورد از ملاحظات اخلاقی مهم در مراقبت از بیماران جلب می کنند. این ملاحظات پلی میان اصول اخلاقی، اخلاق و موقعیت بالینی هستند:

۱- تعادل بین سود و زیان در مراقبت از بیمار

۲- افشاگری، رضایت آگاهانه و مشارکت در تصمیم گیری

48-Ethically Relevant Consideration

49-Fletcher, Miller and Spencer

۳- هنجارهای زندگی خانوادگی

۴- ارتباط بین کلینیسین ها و بیماران

۵- انسجام حرفه ای کلینیسین ها

۶- هزینه کاهی و تخصیص

۷- مباحث مربوط به اختلافات فرهنگی و مذهبی

۸- در نظر گرفتن قدرت (تیلور و همکاران، ۲۰۰۸).

دیدگاه فلسفه اخلاق اسلامی :

هر چند اصول چند گانه مطرح در غرب، از دیدگاه اسلام نیز در کل قابل پذیرش هستند، اما تفاوت‌های عمده ای در مبانی و مصادیق اصول ذکر شده در فلسفه اخلاق اسلامی وجود دارند که می تواند به اختلاف نظر زیادی در بینش و عملکرد منتهی شود. اسلام همانند سایر ادیان در پاسخ به این سؤال که « چه باید انجام شود و چه نباید؟ » دیدگاه‌های اخلاقی خاص خود را دارا است. اسلام در حقیقت، اسلوب و روش زندگی است نه صرفاً اعتقاد به اصولی معنوی، در این راستا نیز قواعدی را برای انجام اعمال وضع نموده است و آنها را به پنج دسته واجب، حرام، مستحب، مکروه و مباح تقسیم کرده است. ارزشهای اخلاقی در مکتب اسلام از فراگیری و جهان شمولی خاصی برخوردارند، زیرا محورهای کلیدی آن؛ مانند: وحی الهی و پیام های خداوند در مورد عوامل سعادت آفرین و شقاوت زاء، و کشش های آفرینش و تمایلات بعد علوی انسان، دارای کلیت و اطلاق می باشند. اصول اخلاقی اسلام با تفکر در آیات الهی قرآن و نیز سیره پیامبر گرامی اسلام (ص) و سایر معصومین(ع)، قابل فهم و استنتاج است. اسلام نسبی بودن اخلاق را نفی می کند و ارزش های اخلاقی را ثابت و لایتغیر می داند.

از جمله تعاریفی که برای فلسفه ذکر کرده اند این است که فلسفه، شناخت حقیقت موجودات آن چنان که هستند، یعنی تصور صحیح اشیاء و تصدیق تحقیقی و قطعی می باشد؛ این همان خواسته ای است که رسول گرامی اسلام (ص) به لسان دعا درخواست می نمایند: رب ارنا الاشیاء کماهی، فلسفه اخلاق نیز از سویی به تحلیل مبانی نظریه اخلاقی می پردازد و آن را مورد نقد و آنالیز قرار می دهد و از سوی دیگر به عرضه ملاکی برای کارهای اخلاقی دست می یازد و ملاک خیر و خوبی را به دست می دهد و معیار حسن و قبح را بیان می دارد. تفاوت های عمده فلسفه اخلاق اسلام از سایر مکاتب فلسفی غیر الهی این است که:

۱- منشاء و انگیزه اصلی عمل در دیدگاه فلسفه اسلامی، ایمان به خداوند متعال و یگانه است و عملی مقبول و اخلاقی است که با نیت تقرب به خداوند صورت پذیرد.

۲- قوانین و اصول شریعت اسلامی، از مبانی اصلی عمل اخلاقی در اسلام هستند.

از دیدگاه اسلام کار اخلاقی و ارزشمند آن است که صرفاً برای تحصیل رضای خداوند و قرب به اوست صورت گیرد. البته رضای خداوند مراقبت مختلفی دارد که در هر کس به فراخور حال می تواند از رهایی از عذاب جهنم، تا دریافت نعم الهی در مراتب متفاوت بهشت و تا کسب رضا و لقاء الهی متغیر باشد. نیت یک مقوله اعتباری و قراردادی نیست، بلکه یک امر واقعی است که نتایج تکوینی دارد و اثری حقیقی و گریز ناپذیر بر نفس فعل انسان باقی می گذارد. این نیت است که به عمل روح می دهد؛ نیت است که عمل را با دل و جان آدمی پیوند می دهد و ثمرات آن کار را به عمق جان انسانی ارزانی می دارد به عبارتی؛ روح ارزش اخلاقی افعال در اسلام به نیت است (لاریجانی و زاهدی به نقل از آکسوی و همکاران، کاظمی سعید، گات راد و همکاران، نان جی، مکارم شیرازی، جواد آملی و همکاران، امجد، جواد، ۱۳۸۵).

نتیجه گیری :

برای پرستاران، اغلب موضوعات و مشکلات اخلاقی در ارتباط با نحوه پرستاری از بیماران به وجود می آید. در پرستاری نیز اخلاق به دنبال بهترین راه پرستاری کردن و بهترین عملکرد پرستاری است.

منابع فارسی:

- لاریجانی باقر و زاهدی فرزانه (۱۳۸۵) اسلام و اصول چهار گانه اخلاق زیستی در غرب. طب و تزکیه ۲۳، ص ۲۱-۲۳.

REFERENCES:

- Chitty, K.K., & Black, B.P. (2007) *Professional nursing concepts & challenges*, 5th ed. St. Louis : Saunders.**
- Corley, M., Minick, P., Elswick, R. & Jacobs, M. (2005) *Nurse moral distress and ethical work environment. Nursing Ethics* 12,381-390.**
- Ellis , J.R., & Hartlley C.L. (2008) *Nursing in today's world trends, issues, and management*,9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.**
- Fry, S.T., Harvey, R.M., Hurley, A.C. & Foley, B.J. (2002) *Development of a model of moral distress in military nursing. Nursing Ethics* 9, 337-387.**
- Fry, S.T., & Johnstone, M-J.(2008) *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making*, 3rd ed. United Kingdom: Blackwell Publishing.**
- Hendrik, J.(2004) *Foundations in nursing & health care. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd.***
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. & Snyder, S.(2004) *Fundamentals of nursing. Concepts, process, and practice*, 7th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall.**
- Mobley, M., Rady, M., Verheijde, J., Patel, B. & Larson, J.(2007) *The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. Intensive Crit Care Nurs* 23, 256- 263.**

-Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P. & Lynn, P.(2008) Fundamentals of nursing. The art and Science of nursing care, 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.

-Timby, B.K.(2009). Fundamentals nursing skills and concepts, 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.